Die Operation bei Carcinom der äusseren Genitalien des Weibes.



INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

VORGELEGT DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

ALBERT-LUDWIGS-UNIVERSITÄT

ZU

FREIBURG IM BREISGAU

VON

Johannes Gärtner

approb. Arzt

aus

Frankendorf (Preussen).



Freiburg (Baden)

Buchdruckerei Ernst Kuttruff

1905.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät:

Dekan:	Referent:
Prof. Dr. Axenfeld.	**Prof. Dr. Krönig.**

Meinen lieben Eltern!

Schon in früheren Jahren hatte man die Beobachtung gemacht, dass das Carcinom der äusseren Genitalien sich bald in die Umgebung ausbreite. Louis Mayer[19]) giebt schon 1866 als Grund an, dass in den weiblichen Genitalien die gefässreichen, dem Carcinom eine breite Unterlage gewährenden Gewebe einer ausgedehnten und schnellen Infektion in die Breite und Tiefe sehr günstig sind. Küstner[14]) schreibt 1882: „Krebs der äusseren weiblichen Genitalien gewinnt frühzeitig einen recht perniciösen Charakter. In allen Fällen scheinen bereits frühzeitig die Lymphbahnen nach der ersten Etappe occupiert zu werden. Daher ist möglichst früh zu operieren und bei der Operation des Primärherdes sind die denkbar grössten Substanzverluste zu setzen.“ Auch Maurel[18]), 1888, giebt den Rat möglichst frühzeitig, vor einer Ulceration des Primärherdes und einer Infektion der Drüsen, zu operieren; nur dann kann man auf Heilung rechnen.

Aber wenn man auch erkannte, wie wichtig es sei, vor einer Infiltration der Drüsen zu operieren, so dachte man doch nicht zunächst daran, die Drüsen, wenn sie inficiert waren, mit hinwegzunehmen, sondern machte höchstens nach dem Vorgehen Louis Mayers[19]) den Vorschlag, auch in vorgerückterem Stadium die Exstirpation des Primärherdes vorzunehmen, da dadurch Erleichterung der Beschwerden und eine, wenn auch kurze Verlängerung des Lebens erzielt werde; und wie auch beim Carcinom des Uterus erst in neuerer Zeit nach dem Vorgehen Wertheims das ganze Organ mit den zugehörigen Lymphbahnen und -drüsen exstirpiert wurde, so wurde erst in den letzten Jahren die Ansicht allgemeiner, auch beim Carcinom der äusseren Genitalien die zugehörigen Lymphdrüsen zu entfernen. Winiwarter und Koblank[12]) gehören wohl mit

zu den ersten, welche den Vorschlag machten, stets die Leistendrüsen zu exstirpieren, auch dann, wenn sie nicht vergrössert fühlbar sind, indem auf das Mammacarcinom hingewiesen wurde, dessen Prognose sich erheblich gebessert habe, seitdem prinzipiell jedesmal die Achselhöhle ausgeräumt würde.

Im Folgenden möchte ich an der Hand einer Anzahl von Fällen aus der mir zugänglichen Literatur sowie eines in letzter Zeit in hiesiger Universitäts-Frauenklinik operierten Falles etwas näher auf Prognose und Therapie beim Carcinom der äusseren Genitalien des Weibes eingehen.

Sieht man die einschlägige Literatur durch, so kann man die betreffenden Fälle einteilen in:

I. in solche, deren Krankengeschichte nur erwähnt, die aber ohne Operation entlassen wurden.
II. in solche, die ohne die Drüsen zu entfernen, operiert wurden.
III. in solche, bei denen nach dem Auftreten eines Recidivs in den Drüsen diese exstirpiert wurden.
IV. in solche, bei denen bei der ersten Operation mit dem Primärherd auch die Drüsen entfernt wurden.

I. Fälle, deren Krankengeschichte nur erwähnt, die aber ohne Operation entlassen wurden.

1. L. Mayer[19]). 68 j. Frl. Cancroid beider grossen Labien. Metastasen in den Inguinaldrüsen und der Leber, Operation verweigert. † ex inanitione.

2. 67 j. Fr. Ausgedehntes Cancroid der linken Labie. Clitoris, des Damms, der Carunculae myrtiformes und grossen rechten Labie. Operation nicht vorgenommen. Die Leistendrüsen schwollen an. † nach einem Jahr an Marasmus.

3. und 4. Ebenso vorgeschritten bei 40 und 50 j. Fr., die beide innerhalb 2 Jahren der Krankheit erlagen.

5. Czempin[3]). 69 j. Fr. An der l. gr. Labie Infiltration der Leistendrüsen und der des Oberschenkels und

des Unterhautbindegewebes der Nates. Auf der Vulva selbst ein Conglomerat typischer Carcinomknoten. Operation würde ohne Erfolg bleiben.

6. Koppert[13]). 74 j. Frau. 14. VII. 84. Ausgedehntes Carcinom der Vulva von callösen Rändern umgeben. R. Vaginalschleimhaut ergriffen. Tumor ist verschieblich. L. Leistendrüsen infiltriert. † 25. VII. 84 unter heftigen Schmerzen, Delirien, Herzschwäche. Sektion: Hydrocephalus, beginnende Carcinose der Dura mater.

7. Frau. Vor $1^1/_2$ Jahren Knötchen an den äusseren Genitalien. November 1892 schmerzhafte Entzündung der linken Hüftbeuge. Incision. Eiter entleert. Nicht verheilt. 5. II. 93. In der linken Leiste eine 8 cm lange Wunde mit geröteter, derb infiltrierter Umgebung. Linke Labie stark gerötet, geschwollen. Ihre Innenfläche und die ganze linke Nymphe sind in einem harten, geröteten, zum Teil ulcerierten Tumor aufgegangen. Operation ist aussichtslos. Nach Hause entlassen.

8. 59 j. Frau. 9. III. 94. Vorderfläche der grossen Labie zeigt an 3 Stellen erbsen- bis bohnengrosse, gerötete, infiltrierte Stellen. Ulceration von der Innenfläche der linken Nymphe bis zur Scheide. Operation verweigert.

9. 69 j. Frau. 4. V. 94. Innenseite der r. gr. Labie und r. Nymphe sind in einer grösstenteils ulcerierten Neubildung aufgegangen. Clitoris und Harnröhre sind mitergriffen. R. Leistendrüsen infiltriert. Operation verweigert.

10. 52 j. Frau. Januar 1895 wegen Geschwürs der l. Leistenbeuge operiert. Nach einigen Wochen wieder ein Geschwür. 13. VII. 95. In der l. Leistenbeuge eine ausgedehnte, harte, ulcerierte Geschwulstmasse. Auf der Mitte des Mons veneris ein kleineres, flaches Ulcus. Carcinom der r. gr. und kleinen Labien, das dem absteigenden Sitz- und aufsteigenden Schambeinast fest aufsitzt und in das Carcinom der Inguinalgegend sich fortsetzt. Auf Wunsch hoffnungslos entlassen.

11. Schmidt[24]) 35 j. Frau. Inoperables Vulvacarcinom. Clitoris, Urethra, vordere Scheidenwand sind ergriffen. † an Marasmus.

12. Maurel[18]). 34 j. Frau. Clitoris ist Sitz eines grossen, schmerzhaften Tumors. Introitus vaginae ist umgeben von Wucherungen. † infolge Ausbreitung auf Uterus und Blase.

13. 46 j. Frau. Weiche, traubenförmige, faustgrosse Geschwulst, die der Clitoris und beiden kleinen Labien aufsitzt. † nach 31 Tagen an Carcinose der Leber.

14. 51 j. Frau. Knoten in der Clitorisgegend, der rasch wuchs und ulcerierte. Lancinierende Schmerzen. Leistendrüsen beiderseits geschwollen. Chlorzink. Ohne Erfolg.

15. 66 j. Frau. Clitoris ist vergrössert, hart und zum Teil ulceriert. Der Tumor dehnt sich rechts von der Vagina aus. Zu weit vorgeschritten, um noch auf Erfolg von einer Operation zu hoffen.

16. 35 j. Frau. An Stelle der Clitoris ein daumenstarker Tumor. Carcinom der r. gr. Labie. Leistendrüsen beiderseits geschwollen. † 5 Monate nach Auftreten der ersten Symptome.

17. Ingermann-Amitin[11]). 74 j. Frau. 18. I. 89. R. gr. Labie ist um das Dreifache vergrössert. Oberfläche rauh höckerig, z. T. ulceriert, nässend, hart; Infiltration dehnt sich auf die r. kl. Labie bis zum Introitus vaginae aus. Leistendrüsen rechts geschwollen. 16. II. ungeheilt entlassen.

18. 74 j. Frau. 10. 8. 91. L. Labie stark vergrössert, hinten ulceriert. Rand der Ulceration ist wallartig. An der linken Seite des Mons veneris bis zur halben Höhe des Lig. pouparti eine gänseeigrosse, verschiebliche Infiltration. An der Innenfläche der Darmbeinschaufel eine Reihe von nussgrossen Knoten. Leistendrüsen rechts geschwollen. 13. 8. 91 unoperierbar entlassen.

19. Mayer[19]). 64 j. Frau. Beginn mit Schmerzen in den äusseren Genitalien; dann ein fester Tumor oberhalb der Harnröhre, schmerzhaft und oft blutend. Bald wandelten sich die Labien in solche Knoten um, die schnell ulcerierten. Gleichzeitig Metastasen in der Haut des Körpers. † unter Gehirnerscheinungen, wahrscheinlich infolge von Generalisation der Geschwulst.

20. 64 j. Frau. Beginn mit Jucken in der Gegend der Urethralmündung. Die gr. Labien sind in der oberen Hälfte hart infiltriert. An Stelle der Clitoris ein scharfrandiges Ulcus. In der linken verdickten Nymphe ein bohnengrosser, ulcerierter Tumor. Introitus vaginae eng, schmerzhaft. Leistendrüsen beiderseits infiltriert. Von der Operation wird abgesehen, da zu weit vorgeschritten. Narkotica und symptomatische Behandlung. † nach einigen Monaten an Marasmus.

Es handelt sich in den angeführten Fällen um Patientinnen mit Carcinom der äusseren Genitalien, die sich entweder weigerten, sich einer Operation zu unterziehen, oder bei denen die Neubildung zu weit vorgeschritten war, als dass man noch von einer Operation hätte auf Erfolg hoffen können. Der Tod trat denn auch, und zwar soweit angegeben, in verhältnismässig kurzer Zeit ein infolge Verallgemeinerung der Geschwulst auf die Umgebung, die Organe von Brust und Bauch und das Gehirn.

II. Fälle, die ohne die Drüsen zu entfernen, operiert wurden.

1. Küstner[14]). 61 j. Frau. Grosses Carcinom der l. gr. Labie. Leistendrüsen fühlbar. 17. X. 78. Exstirpation incl. Clitoris. Heilung per gran. Entlassen. 19. XI. 79. Keine Härte in der Narbe. Leistendrüsen kaum fühlbar. Dem Vernehmen nach jetzt — 1882 — völlig wohl.

2. 61 j. Grosses Carcinom der l. gr. u. kl. Labie und der Clitoris. Leistendrüsen nicht geschwollen. 21. II. 78 Clitoris, l. gr. und kl. Labie und r. kl. Labie werden am-

putiert. Prima intentio bis auf eine kleine Partie links hinten. 22. XII. Ohne Infiltration entlassen. 1 Jahr später liegt Patientin angeblich mit abgebrochenen Leistendrüsen zu Hause. † Ende 1880.

3. Mackenrodt[16]). 54 j. Faustgrosses Carcinom der l. Barthol. Drüse, das nach innen die Scheidenwand, nach aussen die Labie vorbuchtet. Der Tumor wurde anscheinend im Gesunden umschnitten und exstirpiert. Die grosse Wundhöhle wurde nochmals cauterisiert. Heilung nach 6 Wochen. Zur Zeit — 6 Wochen später — normale Narbe.

4. C. Gaye[7]). 43 j. Frau. An der linken Schamlippe eine apfelgrosse, runde Geschwulst. Haut darüber verschieblich. Daneben Carcinom der Portio. Excision der Portio und des Vulvacarcinoms. Verlauf günstig. Nach 14 Tagen entlassen. Nähere Angaben fehlen.

5. Rupprecht[22]). Alte Frau. Kleines Cancroid der rechten Nymphe. Keine Leistendrüsen fühlbar. Excision 1881. Angeblich noch jetzt — 1886 gesund.

6. 43 j. Frau. 1883. Excision eines Cancroids der r. Nymphe. † 1 Jahr später an Gangrän des ganzen rechten Beines durch ulcerative Constriction der Schenkelgefässe seitens eines Recidivs in den Leistendrüsen.

7. 54 j. Frau. Am 24. I. '85 Excision der kl. u. gr. Labie r. wegen eines talergrossen Krebsgeschwürs. Keine Ausräumung der Leiste, weil bei sehr atrophischer Haut die Lymphdrüsen, beiderseits nur sehr minimal geschwollen, gefühlt wurden. Nach 7 Monaten noch ohne Recidiv.

8. Zeiss[31]). 38 j. Frau. 1887 haselnussgrosser Knoten der r. kl. Labie, an der Innenfläche ulceriert. Leistendrüsen frei. Exstirpation der ganzen kl. Labie mit Paquelin. 1890 Knoten in der Brust, der Ulceration nahe. Infiltrierte Achseldrüsen. Die alte Narbe an Stelle der kl. Labie gesund. Leistendrüsen frei. Inoperables kraterförmiges Carcinom der Portio.

9. Gönner[9]). 36 j. Zwei grosse Ulcera der r. gr. Labie mit infiltrierter Umgebung. 9. X. 73. Beide werden

mit dem galvanokaustischen Messer abgetragen. Heilung normal. Nach mehreren Jahren noch gesund.

10. 35 j. Clitoris und beide Nymphen von einer höckerigen, zerklüfteten Geschwulst eingenommen. Leistendrüsen nicht vergrössert. 11. VI. 77 Abtragung des Tumors mit der galvanokaustischen Schlinge. Nach $1^1/_2$ Jahren noch kein Recidiv.

11. 64 j. 26. V. 79. Hinter der hinteren Commissur ein markstückgrosses Ulcus. Leistendrüsen links vergrössert. Exstirpation. 2 Jahre später noch gesund.

12. Mayer[19]) 37 j. Frau. Cancroid der r. gr. Labie. Operation. Nach $^1/_4$ Jahr Recidiv in der Narbe; durch Chromsäure beseitigt. Später Auftreten von verdächtigen Geschwülsten, die durch das Glüheisen zerstört wurden. Schliesslich am rechten Labium ein wallnussgrosses Recidiv, das mit der Scheere entfernt wurde. Heilung seit 2 Jahren.

13. 60 j. Frau. Cancroid der r. gr. Labie. Entfernung durch Ecrasement. Heilung in 7 Wochen. Bald nach der Operation Schmerzen der rechten Leistengegend und Anschwellung der Drüsen, die rasch wuchsen und aufbrachen. † 1 Jahr post operationem.

14. Stumpf[27]). 60 j. Cancroid der Vulva. R. gr. Labie mit dem schneidenden Paquelin entfernt. Heilung reactionslos. Am 20. Tage entlassen. Nähere Angaben fehlen.

15. Merkle[19a]). 61 j. An Stelle der Clitoris ein apfelgrosser, ulcerierter Tumor. In der linken Leiste eine wallnussgrosse, harte Drüse. Operation mit Thermocauter. † nach 73 Tagen. Sektion: Cancroid der Clitoris, Metastasen in den Lymphdrüsen.

16. Schäffer[23]). 73 j. Frau. 1899 Tumor der l. Barthol. Drüse. Exstirpation. Nach $2^1/_4$ Jahren ausgedehntes, lokales Recidiv. Infiltration der Leistendrüsen. Radicaloperation ausgeschlossen. † Anfang 1902.

17. Niederl. gyn. Ges. 98.[20]). Mendes de Leon. Hat vor Kurzem ein Vulvacarcinom operiert, das sehr rasch ein Recidiv hatte.

17. Vermej hat ein ausgedehntes Carcinom mit dem Messer entfernt. Leistendrüsen waren nicht zu fühlen. Jetzt Recidiv in der Leiste.

18. Lovrich[15]). 66 j. Frau. An der r. gr. Labie ein kindskopfgrosses, ulceriertes Carcinom. Clitoris, Urethra, Drüsen sind unverändert. Exstirpation. Glatte Heilung.

19. 64 j. Frau. Apfelgrosses Cancroid der l. gr. Labie mit kraterförmigem Geschwür. Haselnussgrosser Tumor der Clitoris, nussgrosser der kl. Labie. Exstirpation. Glatte Heilung.

20. Driesen erwähnt einen Fall von Carcinom der Vulva, wo bereits die Drüsen infiltriert waren, aber wegen grosser Schwäche der Patientin nicht mitentfernt werden konnten. Recidiv nach 24 Tagen.

21. Koppert[13]). 55j. 9. VII. 85. An Stelle der Urethra eine höckerige, z. T. ulcerierte Tumormasse. 29. VII. Exstirpation. 19. VIII. l. hinter dem Frenulum der Clitoris eine kleine, derbe, suspecte Stelle. Abtragung 20. IX. entlassen. 1. II. kein Recidiv. Nach 4 Wochen das alte Leiden. † nach grossen Qualen angeblich am Herzschlag Mai 1888.

22. 55 j. Frau. 16. V. 87. An der Innenseite der r. gr. Labie bis zur Glans clitoridis eine derbe, höckerige Geschwulst. Leistendrüsen nicht infiltriert. 26. V. Exstirpation. Heilung. 10. IX. entlassen. † November 1889 angeblich an Krebs.

23. 62 j. Frau. 15. VIII. 87. An der l. gr. Labie übergreifend auf die hintere Commissur eine papillomatöse, wenig in die Tiefe greifende Wucherung. Leistendrüsen nicht infiltriert. 18. VIII. Exstirpation. 10. IX. entlassen. † November 1888 an Hydrops. Angeblich kein lokales Recidiv.

24. 54 j. Frau. 24. XII. 89. Zwischen den Labien ein derber Tumor oberflächlich ulceriert. Leistendrüsen beiderseits fühlbar. 16. I. 90. Operation. 27. I. entlassen. † November 91. Ursache unbekannt.

25. 52 j. Frau. 25. V. 92. In der Mitte der r. gr. Labie eine gerötete Schwellung mit Fluktuation. Medial und am hinteren Abschnitt der rechten Nymphe ein geröteter, schmerzender Tumor. 26. V. Incision der fluctuierenden Geschwulst. Es entleert sich käsiges, zerfallenes Gewebe. 30. V. Exstirpation. Heilung. 17. VI. entlassen. 19. II. 93. † angeblich an Krebs der Leistendrüsen.

26. 59 j. Frau. 27. VII. 92. Carcinom der gr. und kl. l. Labie. Umgebung derb infiltriert. 10. VIII. Operation. 24. VIII. entlassen. 9. V. 94. ausgedehntes lokales Recidiv. Leistendrüsen beiderseits hart infiltriert. Operation wäre aussichtslos.

27. 66 j. Frau. 21. IV. 93. Die gr. Labien sind durch einen zerklüfteten, etwas nässenden Tumor auseinandergedrängt. Derselbe sitzt der Innenfläche der l. kl. Labie breit auf und sendet einen Fortsatz zum Innenrand der r. gr. Labie. 3. V. Exstirpation. 30. V. Heilung; entlassen. Bald Recidiv der Leiste. † Januar 94.

28. 71 j. Frau. 26. IV. 93. Carcinom des hinteren Teils der r. gr. Labie. Reicht über den defekten Damm bis zum Anus. 4. V. Operation. 4. VI. Heilung; entlassen. 20. I. 98 Patient fühlt sich wohl. Kein Recidiv.

29. 64 j. Frau. 26. VII. 94. Carcinom der r. gr. Labie und der r. Nymphe. Hat bereits auf die Vagina übergegriffen. 30. VII. Exstirpation. 26. IX. Heilung; entlassen. Recidiv angeblich nach 14 Tagen. † Februar 95 an Recidiv.

30. 43 j. Frau. 5. V. 95. Clitorisgegend ist in eine harte, z. T. ulcerierte Geschwulst umgewandelt. Ferner eine ovaläre Geschwulst am hinteren Teil der gr. Labie nahe bis zum Analrand. Leistendrüsen frei. 8. V. Exstirpation. 27. V. Heilung; entlassen. 10. IX. seit Ende Juli Symptome eines Recidivs. An der Vulva ausgedehntes Recidiv. Metastasen der inneren Organe. Starb nach kurzer Zeit.

31. 78 j. 14. 10. 96. Carcinom der l. gr. Labie. Leistendrüsen links geschwollen. 21. X. Exstirpation. 13. XI.

geheilt entlassen. 13. I. 98. Nach Mitteilung des behandelnden Arztes kein Recidiv.

32. Maurel[18]). 50 j. Frau. Carcinom der Clitoris und Commissur der kl. Labien. Leistendrüsen frei. Operation Mai 49. 28. VII. entlassen. 23. XII. Recidiv der Narbe. Leistendrüsen beiderseits geschwollen. Operation nicht ausgeführt. † 10 Monate nach der Operation.

33. 62 j. 12. VIII. 73. Epitheliom der Clitoris. Exstirpation. Kein lokales Recidiv. Kranke stirbt später an Erschöpfung. Sektion: Carcinomknoten der Nieren und Lungen.

34. 65 j. 30. IV. 77. Ulceration von der Clitoris bis zum vorderen Rand der l. gr. Labie. Eine kleine Drüse in der l. Leiste. Exstirpation mit Thermocauter. 1 cm weit im Gesunden. Nach 1 Monat entlassen. Nach 1 Jahr gestorben an allgemeiner Carcinose der Leistendrüsen und des Abdomens.

35. 60 j. Frau. Epitheliom der Clitoris, oberen Commissur und Mons veneris. Exstirpation mit galvanischem Messer und scharfem Löffel. 2 Monate nach Entlassung Recidiv mit Anschwellung der Drüsen. † 7 Monate nach der Operation.

36. 44 j. Frau. Ulceriertes Epitheliom der Clitoris und der r. gr. Labie. Leistendrüsen frei. Exstirpation mit Thermocauter. Geheilt entlassen.

37. 65 j. Frau. Ulcerierter Tumor der Clitoris. Leistendrüsen frei. Excision. Nach 2 Monaten geheilt entlassen.

38. 55 j. Frau. 24. 12. 83. Carcinom der Clitoris und der kl. Labien. Leistendrüsen links vergrössert. 5. I. 84. Exstirpation. 6. II. Vernarbung fast vollständig. Drüsenschwellung fast ganz verschwunden.

39. 48 j. Frau. 18. IV. 79. Nussgrosser Tumor der Clitoris. Drüsen frei. 18. IV. Exstirpation mit Thermocauter. Geheilt entlassen.

40. 70 j. Nussgrosser Tumor der Clitoris. Keine Drüsen. Exstirpation. Nach 20 Tagen geheilt.

41. 70 j. Frau. 9. 1. 85. Hühnereigrosser, ulcerierter

Tumor der Clitoris und der r. kl. Labie. 15. I. Exstirpation mit Thermocauter. 5. III. entlassen.

42. 62 j. Frau. Tumor an der Innenfläche der r. kl. Labie. Leistendrüsen frei. 28. VI. 86 Exstirpation mit Thermokauter. 15. VII. geheilt.

43. 49 j. Frau. Carcinom der l. gr. Labie. Leistendrüsen vergrössert. Operation Septbr. 87. Drüsen verschwanden. 1. II. 88. Recidiv. Exstirpation der l. gr. Labie und des oberen Teils der r. gr. Labie, Clitoris und eines Teils des Mons veneris. 26. III. geheilt entlassen.

44. 55 j. Frau. Kleiner Knoten an der l. gr. Labie. Drüsen frei. Exstirpation mit Thermocauter. Recidiv in den Drüsen. † 3 Monate später an Cachexie.

45. 62 j. Frau. Kastaniengrosser Tumor der Clitoris und r. gr. Labie. Drüsen frei. Operation mit Messer. Nach 8 Tagen Vernarbung.

46. 58 j. Frau. Cancroid der gr. u. kl. Labie. Operation Dez. 85. Heilung.

47. Behrend[2]). 43 jähr. Frau. In der Gegend der Glans clitoris ein tiefes, trichterförmiges Geschwür mit dünnem, fötidem Sekret. Drüsen beiderseits vergrössert. Nach 6 Monaten Status idem. Nur waren die Wucherungen prominenter geworden. Exstirpation. Darauf gingen die Schwellungen der Drüsen von selbst zurück. Nach $^1/_2$ Jahr noch kein Recidiv.

48. 68 j. Frl. Seit Januar 67 harte, knollige Geschwulst der l. gr. Labie. Sept. 68 ausserhalb operiert. 16. I. 69. Vulva und Vestibulum sind ausgefüllt von knolligen Protuberanzen mit ulcerierter Oberfläche. Infiltration der vorderen Vaginalwand. Operation aussichtslos. Entlassen. Auswärts †.

49. 58 j. Frau. 10. III. 69. Tumor der Clitoris und Umgebung. Auf der r. gr. Labie hinten ein kirschgrosser Knoten. Drüsen leicht geschwollen. 18. III. Exstirpation. Heilung. 24. IV. entlassen.

50. Geist[8]. 59 j. Frau. 7. II. 86. Apfelgrosser Tumor der r. Barthol. Drüse. Drüsen frei. 12. II. Exstirpation. 29. III. entlassen.

51. Sonnekes[26]. 43 j. Frau. Hühnereigrosser, harter, ulcerierter Tumor der r. Labien. Drüsen geschwollen. 20. XII. 86. Exstirpation. Heilung. 20. I. 87 entlassen. Im März kein Recidiv.

52. Ingermann-Amitin[11]. 47j. Frau. Gänseeigrosser, höckeriger, ulcerierter Tumor. Exstirpation mit der galvanokaustischen Schlinge. Nach $2^1/_4$ Jahren Recidiv in der r. Leiste und Infiltration am Oberschenkel. Ohne Operation entlassen.

53. 58 j. Frau. Juni 1880 Tumor der r. gr. Labie, der zuerst mit Höllenstein geätzt und dann mit der Scheere abgetragen wurde. 17. III. 81. An der r. Labie ein blaurotes Ulcus mit harten, infiltrierten Rändern. Die Clitoris erscheint hart infiltriert. In der rechten Leiste eine geschwollene Drüse. 22. III. Auf Wunsch entlassen.

54. 49 j. Frau. 28. X. 86. An der l. kl. Labie beginnend und auf die grosse übergehend ein gestielter, zerklüfteter Tumor. Ränder nicht hart. 10. XI. Umschneidung im Gesunden. Exstirpation. Heilung. 10. XII. entlassen. 18. I. 87 kein Recidiv. Keine Schmerzen.

10 Fälle aus Cannstatts Jahresberichten citiert von Eberhart[4].

55. 1866. Cancroid der Vulva. Ecrasement, nachträgliche Ätzung und Abtragung von lokalem Recidiv. Nach 2 Jahren noch kein Recidiv.

56. 1881. Vulvacarcinom. Radicale Exstirpation. Nach 1 Jahr noch kein Recidiv.

57. 1881. Vulvacarcinom. Exstirpation. Nach $1^1/_2$ Jahren noch ohne Recidiv.

58—60. 1882. 3 Fälle von Vulvacarcinom. Galvanocaustische Abtragung. Nach mehreren Jahren noch kein Recidiv.

61. 1866. Epitheliom. Exstirpation. Recidiv in der Leiste.

62. 1874. Grosses Epitheliom. Leistendrüsen geschwollen. Abtragung mit Ecraseur. Recidiv nach 18 Mon.

63. 1874. Vulvacarcinom z. T. in die Urethra reichend. Abtragung mit galvanocautischer Schlinge. Recidiv nach 2 Monaten. † nach 7 Monaten.

64—66. 1881. 3 Fälle von Vulvacarcinom. Exstirpation. † an Recidiv.

67. Partsch[21]). 50 j. Näherin. Epitheliom der gr. Labien. Anscheinend kein Recidiv.

68. 52 j. Arbeitersfrau. Carcinom am Introitus vaginae. Exstirpation. † nach 3 Monaten an Recidiv.

69. 53 j. Gärtnersfrau. Carcinom der gr. und kl. Labien. Umgebung der Urethra und Clitoris ulceriert. Exstirpation. † nach 3 Monaten an Recidiv.

Von diesen 69 Fällen sind zunächst auszuscheiden 19 Fälle (4, 14, 18, 19, 23, 24, 36—43, 45, 46, 49, 50, 67), die entweder als geheilt entlassen wurden, ohne dass über den Dauererfolg nähere Angaben gemacht werden, oder die intercurrenten Krankheiten erlagen. 18 Fälle (1, 3, 5, 7, 9, 10, 11, 28, 31, 47, 51, 54—60) blieben frei von Recidiv. Leider ist die beobachtete Zeit eine zu kurze, als dass sie zu einer Statistik Verwendung finden könnte. Wenn man dem Antrage Winters[30]) der eine Carcinomfreiheit von mindestens 5 Jahren post operationem als Heilung angesehen wissen will, nachkommen wollte, so entsprechen nur die Fälle 5 und 28, allenfalls noch 1 mit 4 Jahren dieser Forderung. Es wäre nur zu wünschen, dass in Zukunft hierauf mehr geachtet werde und genaue Statistiken über die Dauerresultate auch beim Carcinom der äusseren Genitalien aufgestellt werden, wie sie ja auch für das Uteruscarcinom in den letzten Jahren entstanden sind.

Es bleiben noch 32 Fälle, die einem lokalen Recidiv, einem Recidiv der Leistendrüsen, oder Metastasen in andern Organen erlagen. Nähere Angaben über den Sitz des Recidiv fehlen in 18 Fällen (12, 20, 21, 23, 26, 29, 30, 32, 35,

48, 53, 62—66, 68, 69). Bei dem Rest von 14 war das Recidiv zweimal lokal, 2 mal fanden sich Metastasen in Nieren und Lunge (33) und in Mamma und Portio (8). Recidiv der Leistendrüsen trat in 10 Fällen = 71,43% auf (2, 4, 13, 17, 25, 27, 34, 44, 52, 61). Über das Verhalten der Leistendrüsen vor der Operation fehlen Angaben in 39 Fällen. In 14 Fällen waren sie mit Sicherheit vergrössert fühlbar und doch blieben mehrere Fälle längere Zeit ohne Recidiv, 1 sogar 4 Jahre, ein Beweis, dass mitunter die Anschwellung der Leistendrüsen nur entzündlicher Natur zu sein braucht.

In 16 Fällen waren die Drüsen vor der Operation nicht infiltriert. Dennoch trat, soweit angegeben, in den Fällen 2 und 45 ein Recidiv der Leiste auf.

III. Fälle, bei denen nach einem Recidiv die Leistendrüsen entfernt wurden.

1. Küstner[14]). 34 j. Frau. Kleines flaches Carcinom in der Furche zwischen r. gr. und kl. Labie. Leistendrüsen frei. 10. II. 78. Exstirpation der Neubildung incl. Clitoris. Heilung. Allgemeine Gewichtszunahme.

Nach $^3/_4$ Jahren eine Schwellung einer oberflächlichen Drüse in der r. Leiste. An der Vulva nichts. 11. XII. 78 Exstirpation von 3 geschwollenen Drüsen. Dabei reisst eine Drüse ein und der Inhalt fliesst in die Wunde. Diese heilte, doch wurde die Umgebung infiltriert. Nochmalige Operation. Nach einigen Monaten handgrosses Geschwür. Abmagerung. † 26. VII. 79 an allgemeiner Carcinose.

2. 70 j. Frau. Carcinom der l. gr. Labie. 29. IX. 80 Entfernung der Labie. Nach 6 Wochen Recidiv in der Narbe und den linksseitigen Leistendrüsen. 12. XI. Exstirpation des lokalen Recidivs und der Leistendrüsen. Schon während der Vernarbung der Wunden abermaliges Recidiv der Leiste. Operation verweigert. Nach Hause entlassen. † angeblich schon Januar 1881.

3. 53 j. Frau. Carcinom der r. gr. Labie. 25. II. 82 Exstirpation des Tumors, der Clitoris und kl. Labien. Heilung; entlassen. 19. V. R. Leistendrüsen geschwollen. 20. V. Exstirpation sämtlicher sichtbarer Drüsen. Heilung 20. VII. Nach Mitteilung des behandelnden Arztes hat Pat. vielleicht schon wieder ein Recidiv in der Narbe.

4. Rupprecht[22]). 49 j. Frau. Mai 1882 Excision eines Cancroids der r. Nymphengegend. Herbst 82 Drüsenrecidiv der rechten Leiste. Ausräumung derselben mit allem Fett und Bindegewebe bis auf die grossen Gefässe. Heilung in 5 Wochen. Nach $3^1/_4$ Jahr ohne Recidiv.

5. Gönner[9]). 48 j. 11. VI. 78. Auf der l. kl. Labie ein bis zur Clitoris reichendes Geschwür. 12. VI. Excision. Heilung. 1. IV. 79: Nussgrosser verschieblicher Tumor in der l. gr. Labie. In der l. Leiste ein oberflächliches Drüsenpaket. Tumor galvanokaustisch abgetragen. Leistendrüsen ausgeschält. Heilung glatt. † $1^1/_2$ Jahr später an allgemeiner Carcinose.

6. Aschenborn[1]). 65 j. Frau. 28. XII. 76. Carcinom der gr. Labie, nach oben fast bis zur Clitoris reichend. 7. I. 77 Exstirpation. Anfangs März rechtsseitiger Leistendrüsenabscess. 10. III. incidiert. Heilung. 23. IV. entlassen.

7. 32 j. Frau. 19. II. 76. Carcinom der r. gr. Labie. Exstirpation 22. II. Offene Behandlung. Heilung langsam bis 27. IV. 15. IX. rasch wachsende Geschwulst der r. Leiste. Exstirpation. Heilung langsam. Lokales Recidiv durch Chlorzinkpaste beseitigt. 16. IV. Wunde verheilt. Narbe normal ohne Verhärtung.

8. Schäffer[23]). 63 j. Frau. Zweimarkstückgrosse Infiltration mit erodierter Oberfläche. Leistendrüsen frei. Exstirpation. Nach 10 Monaten Drüsenanschwellung besonders l. Beiderseits entfernt (vor 8 Tagen). Links carcinomatös, r. gesund.

9. Koblank[12]). 39 j. Patientin kam am 30. II. 96 mit ausgebreitetem Vulvacarcinom. Bereits 4 mal auswärts operiert. Daher am 2. XII. besonders ausgiebige

Exstirpation. Handtellergrosser Defect auf der Symphyse, deren Periost mitgenommen wurde. Ausräumung der r. Leiste mit Fettpolster und Drüsen. Heilung.

10. Koppert[13]). 40 j. Frau. Carcinom der vorderen Hälfte der r. gr. und kl. Labie und des oberen Teils der l. Nymphe. Oberfläche ist ulceriert. 25. VI. 89. Exstirpation des Tumors. 15. VII. entlassen 15. IV. 90 Carcinom beider Leistendrüsen. R. Vereiterung. Der chirurgischen Anstalt überwiesen. Nähere Angaben fehlen.

Von diesen 10 Fällen scheiden 5 aus (6—10), da über den endgültigen Erfolg die Angaben fehlen. Von dem Rest erlagen 3 Patientinnen (1, 2, 5) trotz der zweiten Operation innerhalb 18 Monaten einem Recidiv resp. einer Verallgemeinerung des Carcinoms im übrigen Körper. Die 4. (3) hatte schon nach 2 Monaten wieder ein Recidiv. Nur eine (4) war noch nach $3^1/_4$ Jahren recidivfrei. Auch hier macht sich der Mangel näherer Angaben über Sitz und Auftreten des Recidiv u. s. w. sowie einer genauen Statistik bemerkbar.

IV. Fälle, bei denen die Drüsen bei der ersten Operation entfernt wurden.

1. Koblank[12]). 39 j. Patientin bereits 4 mal auswärts operiert. 2. XII. 96 letzte Operation. Handtellergrosser Defect auf der Symphyse, deren Periost mitentfernt wurde. Fettpolster der Leiste mit Drüsen und Lymphbahnen entfernt. Heilung ungestört. Spätere Nachrichten fehlen.

2. Rupprecht[22]). 49 j. Frau. 20. XI. 83 Excision der r. gr. und kl. Labie. Ausräumung der Drüsen der r. Leiste. Heilung. † 1 Jahr später an lokalem Recidiv.

3. 73 j. Frau. Mai 84 Excision der l. Nymphe mit einem höckerigen Cancroid. Ausräumung der l. Leiste. Heilung in 14 Tagen. Nach $1^1/_2$ Jahren noch gesund.

4. 48 j. Frau. März 84 Excision fast beider gr. Labien, der Clitoris, des ganzen Mons veneris mit Resection von

den Schambeinen und totaler Ausräumung beider Leisten wegen eines grossen, mit den Schambeinen verwachsenen Krebsgeschwürs und beiderseits infiltrierter Leistendrüsen. Heilung. Nach $^3/_4$ Jahren noch gesund.

5. 62j. Frau. August 85 Excision der kl. und gr. Labie wegen markstückgrossen Cancroids und Ausräumung der r. Leiste. Heilung völlig in 8 Wochen. Nach $^1/_4$ Jahr ohne Recidiv.

6. O. Schmidt[24]). 60j. Frau. Carcinom der r. gr. und kl. Labie, Clitoris und des äusseren Drittels der Urethra. Leistendrüsen infiltriert. Ausgedehnte Operation mit Ausräumung der Drüsen. Nach 10 Monaten Recidiv in der Scheide. † $1^1/_2$ Jahr nach der Opcration.

7. Gönner[9]). 37j. 7.XII. 81. An der hinteren Commissur ein kleinapfelgrosses, gestielter Tumor. Beiderseits bohnengrosse Leistendrüsen. Abtragung des Tumors, Exstirpation der Drüsen. Ungestörte Heilung. 13. I. 82 entlassen. Vernarbung vollständig. Jede Infiltration fehlt.

8. Schäffer[23]). 67 j. Frau. Carcinom der l. gr. Labie. Leistendrüsen vergrössert. Exstirpation des Tumors und der Leistendrüsen. Mikroskopisch waren letztere frei. Weitere Angaben fehlen.

9. Orthmann[20a]). 70j. Frau. Vor $1^1/_2$ Jahr Geschwulst an der r. Seite der Genitalien, die rasch wuchs. Nach 1 Jahr zum Arzt. Ende April 1901: Vulva ist r. bis in die Scheide hinein in eine 10 cm lange, 7 cm breite Geschwürfläche umgewandelt, welche die Clitoris umfasst und bis dicht an die Urethra reicht. L. an der Berührungsstelle ein carcinomatöses Geschwür. Drüsen in der r. Seite sind infiltriert. Exstirpation des Tumors und der r. Leistendrüsen. Primäre Heilung. Am 1. XI. kommt Pat. wieder mit einem grossen Recidiv in der Narbe der r. Leiste. 4. XI. Operation des Recidivs. Radicaloperation unmöglich, da die Fascie bereits infiltriert ist und die grossen Gefässe umwuchert sind. Daher wird

möglichst viel mit Messer, scharfem Löffel und Paquelin abgetragen.

10. Koppert[13]) 62 j. Frau. Carcinom der beiden Nymphen und der Clitoris. Leistendrüsen rechts infiltriert. 16. I. 84 Exstirpation des Tumors und der Leistendrüsen. Heilung. 13. II. entlassen. Kein Recidiv. Ferneres Schicksal unbekannt.

11. 47 j. Frau. 8. II. 85. Carcinom der r. gr. und kl. Labie, der vorderen Hälfte der l. kl. Labie. Leistendrüsen l. infiltriert. 13. II. Exstirpation des Tumors und der Leistendrüsen links. Heilung per primam. 6. III. entlassen. $1/2$ Jahr später nach Amerika gewandert. Dort † angeblich an Geisteskrankheit.

12. 53 j. Frau. 17. IV. 85. An der Innenfläche der r. Nymphe eine gewulstete Geschwürmasse. Leistendrüsen beiderseits infiltrirt, l. stärker als r. 30. IV. Exstirpation des Tumors und zweier Drüsen der r. Leiste. 7. IX. entlassen. † März 86 angeblich an Magenleiden. Betreffs eines lokalen Recidivs ist nichts bekannt.

13. 62 j. Frau. 24. XI. 88. Carcinom der r. gr. und kl. Labie hinten bis zum Frenulum reichend. Leistendrüsen beiderseits infiltriert, links mehr als rechts. 29. XI. Exstirpation des Tumors ohne Drüsen. 7. XII. Wunde geheilt Exstirpation der Inguinaldrüsen beiderseits. Mikroskopisch kein Carcinom nachweisbar. 24. XII. entlassen. 9. VI. 89. Ausgedehntes lokales Recidiv, vorn bis auf die Scheidenwand, hinten bis zum Tuber ischii reichend. 25. VI. Exstirpation der Weichteile mit dem Periost der Unterlage. Heilung per gran. 3. VIII. entlassen. Näheres Schicksal unbekannt.

14. 59 j. Frau. 17. VII. 94. Clitorisgegend von einer mässig tiefen, am Rande mit groben Granulationen bedeckten Ulceration eingenommen. Dieselbe greift auf die Innenseite der l. gr. Labie und die ganze l. Nymphe und reicht bis dicht an die Harnröhrenmündung. 30. VII. Exstirpation des Tumors bis auf eine härtere, bis zum Periost

der Symphyse reichende Partie. Ausräumung der Leiste z. T. mit dem scharfen Löffel. Später Cystitis. Das Carcinom greift weiter. Entlassen. † Dez. 94.

15. 64 j. Frau. 13. III. 95. Carcinom in der r. Schenkelbeuge, wenig verschieblich. L. gr. u. kl. Labie, Clitoris, die Gegend über der Harnröhrenmündung und ein Teil der r. gr. Labie in einer ulcerierten, wenig verschieblichen Geschwulst aufgegangen. 11. III. Exstirpation und Ausräumung der Leiste, soweit als möglich. Schon während der Vernarbung weitere Ausbreitung. 21. IV. entlassen. † nach 19 Tagen.

16. 48 j. Frau. 9. VII. 96. Die Mitte der r. gr. und kl. Labie sind in eine flache, ulcerierte Geschwürfläche mit hartem Rande umgewandelt. R. Leistendrüsen infiltriert. 13. VII. Exstirpation des Tumors und einer Kette von Lymphknoten der r. Leiste. 25. VII. entlassen. 27. IX. Lokales Recidiv an der Vulva und in der Leiste. L. Leistendrüsen geschwollen. 1. XII. Teilweise Auslöffelung der bereits ausgedehnt in die Tiefe gewucherten Geschwulstmassen. 15. XII. Ohne Aussicht auf Rettung entlassen.

17. Schmidt[24]). 60 j. Frau. 3. XII. 91. Carcinom der r. gr. und kl. Labie, Clitoris und des äusseren Drittels der Urethra. R. oberflächliche Leistendrüsen infiltriert. Ausgedehnte Operation mit Ausräumung der Drüsen. Recidiv nach 10 Monaten. † $1^1/_2$ Jahr nach der Operation.

18. Maurel[18]). 70 j. Frau. Januar 69. Tumor der Clitoris und r. kl. Labie, in den beiden unteren Dritteln ulceriert. Links einige Leistendrüsen fühlbar. Exstirpation des Tumors und einer Drüse. Geheilt entlassen 22. IV. August 69: Seit 3 Monaten Recidiv der l. Leiste und am vorderen Teil der Vulva. † 13. II. 70 an Erschöpfung. Carcinose der Drüsen der r. Leiste entlang, den Iliacalgefässen und der Aorta. Zahlreiche Metastasen im Abdomen.

19. 52 j. Frau. Carcinom der Clitoris und der l. kl. Labie. Leistendrüsen links geschwollen. 16. VI. 85. Ex-

stirpation des Tumors und der Drüsen l. Nach 4 Wochen Recidiv der Leistendrüsen und in der Nähe der Urethra. † 15. XII. 85.

20. 40 j. Frau. Tumor des hinteren Teils des Mons veneris, ausgehend von der Clitoris. Leistendrüsen beiderseits geschwollen. 24. IV. 87. Exstirpation des Tumors und einer Drüse. Da diese nicht entartet erscheint, wird die Leiste nicht ausgeräumt. Mikroskopisch sind die Drüsen normal. 2 Monate später ein haselnussgrosser Tumor in der Narbe. Entfernt. Nach 2 Monaten geheilt entlassen.

21. Ingermann-Amitin[11]). Frau. 19. V. 81. An der Innenfläche der l. gr. Labie eine Ulceration, die sich bis zum Introitus vaginae erstreckt. Nach oben bis zur Clitoris, nach unten bis auf den Damm reichend. Leistendrüsen l. vergrössert. 13. VI Operation mit galvanischer Schlinge. Drüsen beiderseits entfernt. 2. VIII. entlassen.

22. 62 j. Frau. 18. V. 91. Grosse Labien geschwollen. In der Leiste bohnengrosse Drüsen. Die kl. Labien sind in einen pflaumengrossen Tumor verwandelt, der besonders l. und in der Clitorisgegend ulceriert ist. 20. V. Exstirpation des Tumors und zweier Leistendrüsen r.; l. dreier.

26. VI. Wunden vernarbt. Kein Recidiv, entlassen.

22. IX. Grosse Labien geschwollen. Am unteren Ende der r. gr. Labie ein Ulcus mit harten Rändern. In der Mitte der gr. Labie ein erbsengrosses Knötchen. In der Leiste mehrere Drüsen fühlbar. 30. XII. 91. Exstirpation des Ulcus und einer carcinomatösen Drüse der r. Leiste. 5. II. 92. entlassen. Wunde fast geheilt. R. oberhalb der Symphyse eine stark infiltrierte Partie. Weitere Angaben fehlen.

Im Anschluss an diese Fälle möchte ich die Krankengeschichte einer Patientin, die am 10. XII. 04 in hiesiger Klinik operiert worden ist, erwähnen:

Anamnese: 64 j. Frau. Vater an Schlaganfall, Mutter an Halskrankheit †. Als Kind immer gesund. Mit 8 Jahren Drüsen. Erste Periode mit 17 Jahren, regelmässig alle

4 Wochen, 4 Tage lang, ohne Beschwerden, mit mässigem Blutabgang. Im 17. Jahre bemerkte Pat., dass auf den äusseren Genitalien — besonders links — warzenähnliche Gebilde wucherten. Vom Arzte wurde der Versuch gemacht, diese Wucherungen zu entfernen, wegen heftiger Blutung bei der Operation indessen davon Abstand genommen. Heirat mit 25 Jahren. 9 Geburten. Im Anschluss an die letzten Geburten entwickelte sich ein Scheidenprolabs. Die Ringe, durch welche er früher zurückgehalten wurde, versagten schliesslich völlig. In den letzten beiden Jahren sind die warzenähnlichen Gebilde an der Oberfläche wund geworden. Es traten öfters schmerzhafte Entzündungen hinzu. Besonders der übelriechende Ausfluss, den das Geschwür erzeugte, bewog Pat., sich in ärztliche Behandlung zu begeben.

Status praesens: Kräftig gebaute Patientin, derber Knochenbau, Muskulatur gut, Fettpolster mässig. Brustdrüse gut. Warzenhof wenig pigmentiert. Warze gut abgesetzt. Auf beiden Beinen bis zum Oberschenkel stark dilatierte Venen, die an einigen Stellen aufgesprungen sind und Wunden verursacht haben. Auf dem r. oberen Augenlid ein warzenartiges, etwas zerfallenes Gebilde. Damm ist erhalten. Das untere Drittel der r. gr. Labie ist eingenommen von einer über wallnussgrossen Geschwulst, welche aus zahlreichen, erhabenen Papillen besteht. Letztere fühlen sich überall weich an; an der Oberfläche sind nirgends Epitheldefekte. Die l. gr. Labie ist in toto eingenommen von einer fast handtellergrossen Geschwürsfläche mit induriertem Rande, welcher unten und oben ein Convolut derselben, hahnenkammförmigen, papillösen Gebilde aufsitzt. Eine Infiltration nach der Tiefe besteht nicht; der Tumor ist gegen die Unterlage gut verschieblich. Keine Vergrösserung der Leistendrüsen. Nach der Scheide zu hält sich die Ulcerationsfläche streng an die Grenze des Introitus vaginae. Letzterer klafft weit und ist angefüllt von einer grossen Cystocele. Uterus ist

senil-atrophisch, in beweglicher Retroversionsstellung. Tuben am uterinen Ende schlank, Ovarien nicht zu tasten. Ligamenta lata und Parametrien hart.

Diagnose: Carcinoma vulvae (auf dem Boden eines Papilloms entwickelt). Prolapsus vagin. anter. Cystocele.

Operation: 10. XII. 04. Prof. Sellheim. Exstirpation des Vulvacarcinoms mit Ausräumung der linken Leistendrüsen.

Die ulcerierte Fläche des Tumors wird mit Paquelin verschorft, hierauf mit aufgenähtem Billroth-Battist abgedeckt. Nach Reinigung des Operationsfeldes wird der Tumor weit im Gesunden durch einen ovalären Schnitt umschnitten. Nach innen reicht dieser einen Querfinger weit in die Vagina hinein, führt dann lateral 1 cm an der durch Katheter gedeckten Urethra vorbei, um unter Erhaltung der Clitoris in der Höhe der oberen Commissur zu enden. Während der Abtragung der Geschwulst werden die zahlreichen, spritzenden Gefässe sofort mit Klemmen versorgt, so dass der Blutverlust ein minimaler ist. Nach Umstechung der Gefässe wird die über handtellergrosse Wundfläche zunächst mit versenkten Knopfnähten verkleinert. Der Schnittrand der Scheide sowie der Schnittrand des Introitus wird mit einer Reihe von Knopfnähten versorgt und hierdurch die unbedeutende Blutung aus den corpora cavernosa zum Stehen gebracht. Hierauf wird durch eine zweite Etage von weit auseinander liegenden Knopfnähten Haut und Schleimhaut in querer Richtung möglichst vereinigt und so der grösste Teil des Defectes epithelisiert. Der untere Wundwinkel wird offen gelassen. Abtragung der l. gr. Labie samt der ihr aufsitzenden, papillösen Geschwulst. Vernähung des Wundbettes durch durchgreifende Knopfnähte nach sorgfältiger Blutstillung.

Hautschnitt parallel dem Poupart'schen Bande in ganzer Ausdehnung der linken Schenkelbeuge. Freilegung der Fossa inguinalis. Dabei werden 3 Drüsenpakete sichtbar, welche durch Palpation vorher nicht festgestellt werden

konnten. Die Drüsen werden z. T. stumpf, z. T. scharf herausgelöst, wobei eine derselben einbricht und milchige, breiige Massen zu Tage treten. Nach Entfernung der Drüsen liegt die Vena femoralis an einer kleinen Stelle frei da. Blutstillung durch oberflächliche Umstechungen. Naht der Wunde in 2 Etagen. In dem medialen Wundwinkel, der durch eine $^1/_2$ cm breite Hautbrücke von dem Wundgebiet des Vulvacarcinoms getrennt ist, wird ein dicker Gummidrain herausgeleitet und durch Seidenknopfnaht fixiert.

Praeparat: besteht aus dem beschriebenen Tumor, welchem circulär ein 2—3 cm breiter Streifen gesunder Haut bezw. ein 1 cm breiter Streifen der Schleimhaut aufsitzt. Die Basis des Tumors zeigt überall eine dicke Schicht weichen Unterhautzellgewebes. Drei Drüsen in Hasel- bis Wallnusgrösse.

Die Heilung erfolgte per secundam intentionem. Die Patientin wurde am 3. II. mit fast völlig verheilter Wunde entlassen. Eine infiltrierte oder verdächtige Stelle in der Narbe war nicht zu finden. Allgemeinbefinden und Kräftezustand waren vorzüglich. Die mikroskopische Diagnose ergab typisches Pflasterzellencarcinom beider grosser Labien; Metastasen in den Inguinaldrüsen.

Von diesen 23 Fällen fehlen in 8 nähere Angaben über den Erfolg der Operation (1, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 21). 9 Patientinnen starben; davon 2 an intercurrenten Krankheiten, 7 an einem Recidiv, über dessen Auftreten und Sitz Angaben meistens nicht gemacht sind. 3 Patientinnen, 3, 4, 5 waren nach $1^1/_2$, $^3/_4$, $^1/_4$ Jahr noch gesund. Bei 2 Kranken wurde das aufgetretene Recidiv einer nochmaligen Operation unterworfen. Das Recidiv trat spätestens 10 Monate, in einem Falle schon 19 Tage nach der Operation auf. Die sehr schlechten Erfolge der Radicaloperation lassen sich wohl nur dadurch erklären, dass fast all' diese Fälle in einem bereits weit vorgeschrittenen Stadium der Krankheit einer Operation sich unterzogen, zu einer Zeit, wo

stets, soweit es angegeben (in 16 Fällen), der Krankheitsprocess nicht mehr lokal geblieben war, sondern bereits auf die Leistendrüsen übergegriffen hatte.

Zu einer Statistik sind auch diese Fälle kaum zu verwerten. Einmal ist die Zahl derselben zu gering und dann sind die Angaben über den Sitz, das Auftreten des Recidivs, über den Dauererfolg u. s. w. zu dürftig. Es wäre nur zu wünschen, dass eine gute Statistik, nach einem grösseren Material berechnet und aufgestellt nach ähnlichen Grundsätzen, wie sie Winter[30]) für das Uteruscarcinom wünscht, in absehbarer Zeit entstünde. Dieselbe müsste nach Winter Forderungen enthalten: 1. Berechnung der primären Resultate, 2. Berechnung der Dauerresultate, 3. Berechnung der Operabilitätsprozente, 4. Berechnung der absoluten Heilungsresultate. Die Nachuntersuchung der Operierten müsste zu einer bestimmten Zeit vorgenommen werden und sich auf alle Operierte erstrecken. Von der Gesamtzahl der Operierten sind zunächst abzuziehen: 1. die an der Operation Gestorbenen, 2. die an anderen Krankheiten Gestorbenen, 3. die Verschollenen. Der erste Punkt ist wohl beim Carcinom der äusseren Genitalien zu streichen, da die Operation als absolut lebenssicher angesehen werden kann. Wenigstens habe ich keinen Fall auffinden können, wo eine Patientin der ersten Operation oder ihren Folgen erlegen wäre. Betreffs der Verschollenen ist es logischer, diejenigen, über deren Schicksal man nichts weiss, einfach zu streichen. Wenn es auch höchst wahrscheinlich ist, dass die Verschollenen in demselben Prozentverhältnis betroffen werden, wie die Ermittelten, so ist dies doch immer nur eine Mutmassung, keine Tatsache. Man verkleinert allerdings seine Zahlen etwas, befreit sie aber von einem unsicheren Faktor. Bei der Berechnung der Dauerresultate sollen nur die Fälle Berücksichtigung finden, deren Operation mindestens 5 Jahre vor der Nachuntersuchung stattgefunden hat.

Zum Vergleich taugliche Statistiken wird man aber nur dann erhalten, wenn man die Zahl der recidivfrei gebliebenen Fälle nicht zur Zahl der operierten Fälle, sondern zur Zahl der überhaupt erschienenen Fälle in Beziehung setzt.

In diesem Verhältnis drückt sich die wahre Leistung des Operateurs aus und auch hier ist es das grosse Verdienst Winters[30]), in dieser Beziehung allgemeine Einigung unter den Gynäkologen herbeigeführt zu haben. Wenn z. B. ein Operateur 50 % Dauererfolge hat, aber nur 20 von 100 Fällen operiert, dessen absolute Leistung ist nicht grösser, als die jenes Operateurs, dem nur 20 % seiner operierten Fälle recidivfrei bleiben, der aber von 100 Fällen nur 50 als inoperabel von der Operation zurückweist. Die absolute Leistung beider Operateure ist gleich 10 %. Nur dann, wenn man die Art der Indicationsstellung, die bei verschiedenen Operateuren eine verschiedene ist, mit berücksichtigt, wird ein Vergleich verschiedener Statistiken möglich sein.

Das einzige Mittel der Therapie, welches beim Carcinom der äusseren Genitalien in Frage kommen kann, ist die radikale Exstirpation. Ob man hierbei mit dem Ferrum candens vorgeht, wie es die französischen Gynäkologen mit Vorliebe tun, um eine Einimpfung von Krebskeimen zu vermeiden, oder mit dem Messer, bleibt gleichgültig. Im Allgemeinen wird es sich empfehlen, mit dem Messer zu operieren, da man damit nicht von vornherein, wie mit dem Thermokauter, auf die prima intentio zu verzichten braucht. Instrumente, die mit dem Carcinom in Berührung gebracht werden, sind nicht mehr während der Operation weiter zu benützen. Ebenso halte man die Finger vom Carcinom fern und mache von der Pincette ausgiebigen Gebrauch. Auch wird es sich empfehlen, vor der Operation den ulcerierten Tumor zu präparieren, indem man alles Zerfallene an der Oberfläche mit dem Löffel abkratzt und dann mit dem Paquelin verschorft,

eventuell noch, wie es auch in dem hier beobachteten Fall geschah, den Tumor durch Aufnähen von Billroth-Battist gegen das übrige Operationsfeld abdeckt. Man umschneide die Neubildung womöglich 1 cm und mehr im Gesunden und scheue sich nicht vor den grössten Substanzverlusten, zumal da gerade in dieser Körpergegend Material an Haut zu Transplantationen in reichlichem Masse vorhanden ist.

Als Hauptfrage bei der Technik der Operation ist jedoch die nach der gleichzeitigen Exstirpation der Inguinaldrüsen zu berücksichtigen. Wegen einer mangelnden Statistik kann hier nur darauf hingewiesen werden, dass sich die Prognose des Mammacarcinoms ja auch so erheblich gebessert habe, seitdem man principiell die ganze Brustdrüse entfernt und jedesmal die Drüsen der Achselhöhle ausräumt. Haben doch manche Kliniken angeblich Dauerheilungen bis zu 40 % aufzuweisen. Es wird sich daher auch beim Carcinom der äusseren Genitalien des Weibes empfehlen, principiell in jedem Fall die Inguinaldrüsen mit zu exstirpieren, zumal der Eingriff nur ein kleiner ist und die Dauer der Operation nur unwesentlich verlängert. Auch dann wird man in Zukunft die Drüsen stets entfernen, wenn dieselben sich bei der Untersuchung als nicht vergrössert erkennen lassen. Denn einmal können im Anfangsstadium der Infiltration schon Carcinomkeime in die Drüsen eingedrungen sein, ohne dass dieselben nachweisbar geschwollen sind, und dann können, wie es bei der hier operierten Patientin der Fall war, die Drüsen bei schon vorgeschrittener Infection derartig erweicht sein, dass man sie in dem umgebenden Gewebe, besonders bei fettleibigen Personen nachzuweisen nicht imstande ist.

Die Prognose des Carcinoms der äusseren Genitalien des Weibes ist vorderhand als absolut infaust anzusehen. Wenn auch Veit z. B. angiebt, nach Schwarz seien von 23 Patientinnen 10 recidivfrei geblieben, so kann man

wohl einen derartigen, relativ günstigen Erfolg bezweifeln. In der Tat ist denn auch bei den von Schwarz[25]) angeführten Fällen die Beobachtungszeit nach der Operation nur in 3 Fällen länger als 4 Jahre. Bei den übrigen ist der seit der Operation verstrichene Zeitraum wesentlich kleiner, bei 4 Fällen berechnet er sich sogar nur nach Monaten.

Nur solche Fälle werden auch in Zukunft die grösste Aussicht auf eine endgültige Heilung haben, die sich möglichst frühzeitig im Beginne des Leidens einer Radicaloperation unterziehen. Zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit der Radicaloperation kommen aber noch zwei wichtige Factoren in betracht: 1. die ersten Ratgeber, 2. das Verhalten der Kranken selbst. Ärzte und Hebammen sind verpflichtet, bei Tumoren und Ulcerationen an den äusseren Genitalien eine möglichst genaue Untersuchung vorzunehmen, gegebenenfalls die Patientinnen so bald als möglich einer Klinik zu überwiesen. Es werden ja Veränderungen an den äusseren Genitalien die Patientinnen viel eher veranlassen, Hilfe aufzusuchen, als beim Carcinom des Uterus, welches lange latent bleiben kann, bei dem oftmals die auftretenden Blutungen eine Menstruation vortäuschen können. Betreffs des Verhaltens der Kranken selbst sind es besonders Indolenz, Schamgefühl, Furcht vor schmerzhaften Operationen und Untersuchungen sowie vor hohen Kosten der ärztlichen Behandlung, welche sie abhalten, sich rechtzeitig in sachgemässe Behandlung zu begeben. Dazu kommen noch die relativ lange dauernde Schmerzlosigkeit, die geringen Beschwerden im Anfang des Leidens und falsche Ratschläge seitens anderer Frauen, die sie veranlassen, das Leiden zu unterschätzen. Erst dann, wenn diese Hindernisgründe in Wegfall kommen, wenn die Kenntnis von der Gefährlichkeit selbst unscheinbarer Geschwülste und Ulcerationen sich einen Weg in die breiteren Massen des Volkes gebahnt hat, dann wird der Ausspruch Hofmeiers zu Recht bestehen: „Die Zu-

kunft der chirurgischen Behandlung des Carcinoms liegt nicht in möglichst ausgedehnten, sondern in möglichst früh vorgenommenen Operationen."

Solange aber diese Bedingungen sich nicht erfüllen, wird auch fernerhin die Behandlung des Carcinoms der äusseren Genitalien in möglichst ausgedehnter Operation mit Ausräumung der Leistendrüsen bestehen.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. Krönig für freundliche Übernahme des Referats sowie Herrn Prof. Dr. Sellheim für gütige Unterstützung bei der Anfertigung der Arbeit meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. **Aschenborn,** Archiv für klinische Chirurgie, 1880.
2. **Behrend**, Diss. Jena 1869.
3. **Czempin,** Centralblatt für Gynäkologie, 1896.
4. **Eberhart,** Diss. Würzburg, 1895.
6. **Franke,** Diss. Berlin. 1898.
7. **Gaye**, Berl. klin. Wochenschrift. 1882.
8. **Geist**. Diss. Halle, 1887.
9. **Gönner**, Zeitschrift für Gynäkologie, 1882.
10. **Hofmeier**, Verhandlungen der deutsch. Ges. für Gyn. IX.
11. **Ingermann-Amitin**, Diss. Bern, 1893.
12. **Koblank**, Zeitschr. für Gyn. 1897.
13. **Koppert**, Diss. Jena, 1898.
14. **Küstner**, Zeitschrift f. Gyn. 1882.
15. **Lovrich**, Centralblatt f. Gyn. 1899.
16. **Mackenrodt**, Zeitschr. f. Gyn. Bd. 26.
17. **Martin**, Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten.
18. **Maurel**, Thése, Paris 1888.
19. **Mayer**, Virchows Archiv, Bd. 35. Monatsschr. für Gynäkologie und Geburtshülfe, 1868.

19a. **Merkle**, Diss. München 1881.

20. **Niederl. Gyn. Ges.** Centralbl. f. Gyn. 1899.

20a. **Orthmann**, Centralbl. f. Gyn. 1901.

21. **Partsch**, Habil. Schr. Breslau 1884.
22. **Rupprecht**. Centralblatt für Gyn. 1886.
23. **Schäffer**, Zeitschr. f. Gyn. u. Geburtsh. 1903.
24. **Schmidt**, Centralbl. f. Gyn. 1892.
25. **Schwarz**. Diss. Berlin 1893.
26. **Sonnekes**. Diss., Würzburg 1887.
27. **Stumpf**. Münchener med. Wochenschr. 1890.
28. **Veit**, Handbuch der Gynäkologie.
29. **Wertheim**, Verh. d. deutsch. Ges. f. Gyn. IX. Wiener klin. Wochenschrift. 1904.
30. **Winter**, Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Gynäkol. IX. Centralblatt für Gynäkologie, 1904.
31. **Zeiss**. Centralblatt für Gynäkologie. 1892.

Lebenslauf.

Geboren am 15. August 1880 zu Frankendorf, Prov. Brandenburg, als Sohn des dortigen evangelischen Cantors Paul Gärtner besuchte ich von 1891—1900 das Gymnasium zu Sorau. Von Ostern 1900 bis Ostern 1903 war ich an der Universität Berlin immatrikuliert. Von Ostern 1903 bis 1. Oktober 1904 besuchte ich die Universität Freiburg, an der ich am 4. Januar 1905 das medizinische Staatsexamen bestand.

Johannes Gärtner.